

一位糖尿病併發 壞死性筋膜炎病患之照護經驗

張鶯蘭、曾瓊誼*

中文摘要

本文探討一位糖尿病併發壞死性筋膜炎病患的護理經驗。照護期間為2014年7月15日至8月28日，運用Gordon十一項健康功能型態評估及實際照護進行資料收集，確立病患有急性疼痛、焦慮、組織完整性受損、知識缺失等健康問題。護理期間提早介入良好的護病關係，提供專業護理衛教，運用轉移及音樂療法緩解疼痛，但病患擔心併發症日趨嚴重需要反覆手術，引發焦慮失衡，透過跨領域團隊合作，以教育病患自我照護技能，正視疾病帶來的威脅緩解焦慮，進而提升睡眠，期望藉此照護經驗分享，更加確立護理衛教的重要性。(志為護理，2017; 16:4, 108-118)

關鍵詞：糖尿病、壞死性筋膜炎、護理經驗

前言

依據衛生福利部公布2013年國人十大死因，糖尿病位居第四位，每十萬人口死亡率佔40.4%，加上近年來國人生活型態與飲食習慣的改變，糖尿病盛行率高達6.1%，若不控制將產生全身性的神經血管病變，其嚴重性勢必威脅國人的健康及影響生活品質(衛生福利

部，2014)。此外，糖尿病常因血糖控制不良，導致肢體末梢傷口不易癒合，引發壞死性筋膜炎之合併症，故須快速診斷、積極處理，以挽救生命(Young, Aronoff, & Engleberg, 2014)。照護期間發現病患面臨傷口感染合併術後的急性疼痛問題，且擔心預後不佳顯得焦慮，更後悔未儘早就醫致使血糖控制不佳，讓健康備受嚴重的威脅，輾轉又歷經多

中山醫學大學附設醫院感染科病房護理師 中山醫學大學附設醫院感染科病房護理長*

接受刊載：2016年12月21日

通訊作者地址：曾瓊誼 臺中市南區建國北路一段110號

電話：886-4-2473-9595 分機38908 電子信箱：cshp033@csh.org.tw

次手術療程，衍生生理不適帶來心理的折磨。因此，期望藉由實證性文獻查證及臨床照護的經驗，將生理的照護對應到心理的支持，並運用專業性護理衛教指導，教育病患血糖控制及自我照護技能，提供有效率的傷口護理，讓病患的存活率或是肢體保留大大提升，進而縮短病程加速復原，以達到完整的全人照護品質(徐、楊、許，2010)。

文獻查證

一、糖尿病與壞死性筋膜炎之概念與照護

糖尿病指胰島素阻抗合併胰島素缺乏，導致葡萄糖無法充分進入細胞內，血糖濃度升高形成糖尿病(黃、黃、楊，2010)。糖尿病是一種無法根治的代謝異常慢性疾病，合併症為神經及血管病變，故需要長期配合藥物、飲食及運動三大健康行為才能穩定血糖，降低其嚴重度(黃、李、陳、于、陳，2010)。而壞死性筋膜炎是嚴重的軟組織及筋膜感染，一旦皮下組織的血管栓塞繼而產生壞死，病程進展迅速，容易引發敗血性休克面臨死亡(徐等，2010；Casey, Stebbins, & Howland, 2013)。初期與蜂窩性組織炎相似，常見皮膚會從紅色轉為深紫色，並接連出現水泡、潰瘍、水腫、壓痛等症狀(Casey et al., 2013)。通常處置以手術移除感染組織為主，抗生素治療為輔，術後以急性疼痛及傷口照護為首要之護理重點(劉、林，2012)。因此，除了教導病患自我照護技能及執行自我血糖管理外(徐等，2010)，適時介入專業護理衛

教指導，增進病患自我效能，以改變健康認知行為，發展自我調適能力，進而減少合併症發生(黃等，2010)。

二、術後急性疼痛及傷口照護

目前疼痛被視為第五生命徵象，疼痛程度對病患是術前最關心的議題，也是術後的第一個考驗。病患術後疼痛最常發生於活動及換藥時，疼痛除了藥物治療外，可提供正確的疼痛評估及合宜的照護，運用疼痛評估量表鼓勵病患表達疼痛，盡量將疼痛程度控制小於4分，避免因疼痛刺激造成生命徵象不穩定(李、吳，2010)。並教導非藥物療法如：簡單放鬆法和音樂療法作為術後的止痛(劉、林，2012)。換藥前半小時施打止痛劑或服用非類固醇消炎藥止痛，換藥時須採取無菌方式，並觀察記錄其分泌物顏色、性質、量，當分泌物多時，可使用含有海藻膠敷料吸附滲液，若敷料沾黏傷口，可先用生理食鹽水潤濕再撕除，以減少傷害新生組織(Bell & McCarthy, 2010)。

三、焦慮生理及心理的影響

焦慮是一種情緒反應，也是抽象而難以具體形容的感受，更是對未知事件產生恐懼的心理狀態，由不安焦急等複雜感受交織而成，並表現在行為上，透過實證性如貝克焦慮量表，以儘早評估個人內心的焦慮感受(徐、陳，2008)。病患往往對未知而感到恐懼，甚至演變為焦慮(朱、曾，2011)，當焦慮發作會導致心跳及呼吸加速、血壓上升、呼吸困難等症狀，甚至降低免疫功能，更衍生對治療反應差，以增加自覺疼痛感受，影響術後身體功能恢復，並延長住院天

數(Thayer, Ahs, Fredrikson, Sollers Iii, & Wager, 2012)。開啟醫護間雙向溝通及專業護理衛教是照護病患首要的一環，住院期間需採集中照護，用合宜的肢體語言及適當的撫觸，予心理支持並引導宣洩負面情緒，讓病患參與醫療照護計畫及傷口護理，增進其控制感以舒緩焦慮(陳等，2011)。

護理評估

一、個案簡介

薛女士，72歲，已婚，國小畢業，以國臺語溝通，信仰道教，早年務農，經濟小康，育有三男一女，兒女皆已成家立業，與大兒子同住，目前主要決策者及照顧者為大兒子，和家人互動良好，住院期間家屬皆會輪流探視。

二、過去病史及入院簡介

病患於2004年罹患第二型糖尿病，但因自覺身體無不適，故無規則服藥控制。2014年6月左腳扭傷導致左膝關節出現紅、腫、酸痛，鄰居介紹吃黑色小藥丸後，酸痛快速緩解，但病患於7月15日左小腿再度出現紅腫熱痛，至急診求治，意識清楚，體溫：38°C、脈博：123次/分、呼吸：30次/分、血壓：169/81mmHg。抽血WBC：27650/mm³、Glucose(PC)：726mg/dl、HSC.R.P：17.2mg/dl。因血糖值過高先予胰島素控制，並轉至病房做抗生素治療。左膝關節惡化蔓延出現水泡，7月18日會診骨科行關節鏡，發現左膝關節軟組織腫脹，且界線不清有膿液堆積，診斷為壞死性筋膜炎。7月25日隨即行左小腿筋膜切開術及清創術，陸續因傷

口感染，在8月7日行第五次清創術，8月11日傷口感染改善予以縫合，8月28日順利出院返家。

護理過程

照護期間為2014年7月15日至8月28日，運用Gordon十一項健康功能評估及實際照護進行資料收集，確立病患健康問題如下：

一、健康感受與健康處理型態

病患有糖尿病十幾年，無規則服藥，平時感冒不適會服用成藥，主訴年紀大導致雙膝酸痛無力，7/16主訴：「我膝蓋只是紅過幾天就沒事了!」、「我平時都吃黑藥丸控制血糖及膝蓋疼痛，一直有控制住耶!怎麼這次住院如此嚴重?」，入院持續有發燒情形，每班體溫約37.5°C-39°C，7/25第一次術後病患主訴：「護理師!我什麼時候才不會忽冷忽熱?消炎藥打了，還一直再發燒?我想吃左手香退燒(臺語)很有效說!」。經評估有「知識缺失」健康問題。

二、營養代謝型態

病患平時以清淡為主三餐由大兒子準備，入院測量身高155公分、體重66公斤、身體質量指數BMI為27.4kg/m²。7/25術後傷口為55x11x8公分，每12小時以3塊10x10公分海藻膠敷料填塞，4條引流管留置，引流液呈鮮紅色，7/26病患主訴：「引流都是血水，空脆還那麼深那麼大會好嗎?(臺語)」、「我傷口附近怎麼燒燒腫腫的(臺語)，是不是還在感染?」，血糖值約210-330mg/dl，依醫囑服用降血糖藥及點滴輸液治療，營養師調配糖尿病飲食每日1800大

卡，7/27傷口細菌培養為鏈球菌，依醫囑抗生素治療。經評估有「組織完整性受損」健康問題。

三、排泄型態

平時排尿解便正常，腹部柔軟，腸蠕動音正常，住院期間因手術導尿管留置，8/15移除導尿管後自訴解尿無灼熱感，尿液呈黃清澈。

四、活動運動型態

病患平時無規律運動，白天會到鄰居家串門子，住院期間因術後傷口受限，活動範圍僅於床上，一般日常生活如穿著、進食皆可自理。7/27病患主訴：「翻身時傷口很痛，可以不要翻身嗎？」，協助移動患肢時病患下巴緊閉、眉頭深鎖、臉色蒼白、全身肌肉僵硬，心跳約105-125次/分，呼吸約25-32次/分，疼痛指數有7分。經評估有「急性疼痛」健康問題。

五、睡眠休息型態

病患有午睡習慣，夜眠可持續6-7小時，不曾服用安眠藥。7/28大夜班巡房時病患未入睡，低聲呻吟，手拍床欄呼喊：「傷口痛到咻咻叫(臺語)睡不著，可以幫我打安眠藥或止痛的嗎？」，經評估有「急性疼痛」健康問題。

六、認知感受型態

病患能正確與人對答，視聽嗅觸皆正常，7/28協助翻身時病患生氣表示：「妳賣給我動，足疼耶！這種痛像針勒，我自己導導阿煞位(臺語)就好。」，協助換藥時病患哀嚎：「么獸勒！足疼耶內！甘不駛卡小力勒，足想麥去撞壁(臺語)。」，觀察病患換藥時表情痛苦、牙關緊閉、冒冷汗，監測心

跳110-120次/分、呼吸急促約30-35次/分，疼痛指數有9分，故依醫囑予嗎啡類麻醉止痛藥使用，經評估有「急性疼痛」健康問題。

七、自我感受與自我概念型態

病患自覺配合度佳，8/1晨間護理時自述：「我最大的煩惱是慢性病會拖很久，手術3次了，我看耶好也不會完全阿(臺語)？」、「這幾天睡覺都夢見我空脆必開(臺語)再入手術室，熊熊就驚醒，心肝頭砰砰採(臺語)。」，8/5協助換藥時發現病患會四處張望、臉部露出不安、焦躁表情，頻頻詢問：「這麼多管子，什麼時候才會好？」、「我有糖尿病，我看腳鋸斷也是死路一條(臺語)。」，觀察病患每次詢問病情時，雙手顫抖、聲音呻吟，無奈表示說：「你們照顧過這麼多病患，有人空脆(臺語)像我一樣大的嗎？」，以貝克焦慮量表評值為中度焦慮。經評估有「焦慮」健康問題。

八、角色關係型態

病患子女皆已結婚，目前角色為媽媽、奶奶、外婆，自覺是個容易相處的人，住院期間家屬會輪流探視，觀察病患與家屬互動和睦。

九、性與生殖型態

病患育有3男1女，已停經約20多年，丈夫15年前已死亡，表示自己年紀大很享受目前含飴弄孫的生活，對於性生活已無此需求。

十、因應與壓力耐受型態

病患遇到問題時會與家人一同討論，病患表示目前較擔心疾病預後，害怕造成家人的負擔，但遇到了只能接受面

對，住院期間凡事都與子女互相商討，如果心情不好時，會看電視或聽佛經來緩和情緒。

十一、價值信念型態

病患信仰道教，初一、十五會到廟裡拜拜，祈求家和萬事興，病患認為人不做虧心事就會有好報，遇到事情就去面對。住院期間會隨身佩帶平安符、聽佛

經，以緩解疾病帶來的不適感。

問題確立

綜合以上護理評估，確立病患有急性疼痛、焦慮、組織完整性受損、知識缺失之健康問題：

護理計劃

(一)、急性疼痛/與術後傷口疼痛有關(7/25-8/15)

主觀資料	7/27「翻身時傷口很痛，可以不要翻身嗎?」。 7/28「妳賣給我動，足疼耶!這種痛像針刺，我自己導導阿煞位(臺語)就好。」。 7/28「傷口痛到咻咻叫(臺語)睡不著，可以幫我打安眠藥或止痛的嗎?」。 7/28「么歐勒!足疼耶內!甘不駛卡小力勒，足想麥去撞壁(臺語)。」。
客觀資料	7/27移動患肢時病患下巴緊閉、眉頭深鎖、臉色蒼白、全身肌肉僵硬，心跳105-125次/分，呼吸：25-32次/分，疼痛指數為7分。 7/2病患疼痛時會採同一姿勢維持兩個小時以上無法入睡，不斷低聲呻吟。 7/28換藥時病患表情痛苦、牙關緊閉、冒冷汗，疼痛指數達9分。
護理目標	7/29病患能確實執行降低疼痛技巧至少3項。 7/30病患夜眠不中斷且能持續6小時以上。 8/3病患能在換藥時主訴疼痛已較緩解，疼痛指數降至3分以下。
護理措施	衛教病患及家屬患肢擺位適當之重要性，利用棉被或枕頭支托患肢傷口，避免懸空脫位。 教導家屬移動病患患肢以雙手支托慢慢移動，避免壓迫造成疼痛。 教導家屬按摩患肢周圍肌肉，降低肌肉緊張，以促進血液循環並緩解疼痛。 鼓勵病患翻身及換藥時慢慢地深呼吸後再緩緩地吐氣，以調節呼吸律動，減輕疼痛不適感。 夜間採集中護理，避免經常喚醒病患，同時衛教家屬若病患入睡不要再吵醒病患，讓病患獲得足夠的睡眠。 提供病患緩解疼痛非藥物治療的方法，睡前利用有鎮定安眠效用之薰衣草乳液，按摩病患全身，以達到舒緩放鬆效果。 睡前鼓勵病患擦熱水澡，促進全身循環，以利助眠。 每班運用疼痛評估量表評估病患疼痛程度，並紀錄疼痛的性質，如：時間、位置、痛的頻率及疼痛強度是否改善。 每次換藥前，向病患詳細解釋換藥步驟，減輕不確定感所帶來的不適。 運用護理實證每次協助傷口換藥時，先以生理食鹽水潤濕再輕柔移除敷料，減少對傷口組織刺激，減緩疼痛。 每次換藥時播放病患喜歡的佛經，以轉移換藥時的注意力。 當病患翻身及換藥時有不適感受，鼓勵家屬陪伴在側，以拍肩膀或握手表達對病患的支持與關心，轉移其注意力。 衛教家屬利用正確翻身技巧協助病患翻身，動作輕柔，避免傷口碰撞導致隱隱作痛，造成第二次傷害。 換藥前依醫囑施打止痛藥，經疼痛評估結果視需要與醫師討論調整其劑量。

護理 評值	7/29家屬可藉由回覆示教，執行正確翻身及適當擺位技巧，在換藥時病患表示「我導導阿吸氣，真正有卡抹痛(臺語)喔!」。 7/30觀察病患夜眠可持續6小時，且表示「這兩天空脆較不痛，卡好落眠(臺語)，終於可以一覺到天亮了。」。 8/3病患表示「這幾天我覺得我媳婦幫我按摩後比較不痛了。」，觀察病患換藥時表情從容，並藉由緩解疼痛技巧，疼痛指數降為3分。 9/4出院電訪病患表示「回家後傷口不太痛，止痛藥也沒吃!我過幾天要回醫院拆線了」。
----------	--

(二)、焦慮/反覆傷口感染術後有關(8/1-8/11)

主 觀 資 料	8/1「我最大的煩惱是慢性會拖很久，手術3次了，我看耶好也不會完全阿(臺語)?」、「這幾天睡覺都夢見我空脆必開(臺語)再入手術室，熊熊就驚醒，心肝頭砰砰採(臺語)」。 8/5「這麼多管子，什麼時候才會好?」、「我又有糖尿病，我看腳蹠斷也是死路一條(臺語)」，「你們照顧過這麼多病患，有人空脆(臺語)像我一樣大的嗎?我該怎辦?」。
客 觀 資 料	8/5協助換藥時病患會四處張望、臉部露出不安、焦躁表情。 8/5觀察病患不斷重複詢問醫護人員有關自己後續醫療照護問題。 8/5觀察病患詢問病情過程中，常常欲言又止、雙手不斷顫抖、聲音呻吟。 8/5以貝克焦慮量表評值為中度焦慮。
護 理 目 標	住院期間協助病患換藥時，臉部未露不安、焦躁表情，且能表示焦慮程度減輕，有信心面對未來術後傷口復原過程。
護 理 措 施	與病患建立信任的護病關係，如在換藥前予先解釋換藥步驟，提供選擇的機會，避免不必要的衝突及允許並接受其真誠的情緒表達等。 每天於晨間護理時，向病患解釋檢查、檢驗結果及傷口癒合狀況，以澄清觀及解目前醫療處置之進。 鼓勵病患表達住院期間接受多次手術過程的感受及擔心，用傾聽方式，以協助釐清焦慮來源。 採集中照護並提供病患床旁放置叫人鈴，告知如有緊急狀況，護理人員會隨時入病室監測生命徵象，以增加安全感。 換藥時予陪伴並口頭鼓勵，教導促進有效因應的方法如：正面思考、深呼吸或播放輕音樂、聽佛經，轉移病患注意力，讓心情更放鬆。 運用支持放鬆療法如：在旁陪伴適當的撫觸病患的手或拍拍肩膀，引導宣洩目前負面的情緒。 衛教病患家屬可輕柔按摩肩頸部或大腿肌肉，減輕肌肉張力，並藉由家屬的鼓勵減輕病患不安的情緒。 每星期提供抽血報告，並教導簡易判讀，告知當出現危險值時，電腦會主動傳簡訊給主治醫師，以提升醫護間溝通效率，幫助病患即刻得到適當的處置。 召開全人會議讓病患了解醫療團隊的醫療照護計畫，增進其控制感。
護 理 評 值	8/6病患表示「我現在換藥時，就會跟著佛經唸南無阿彌陀佛，心情變得輕鬆不再那麼緊張害怕。」。 8/8病患表示「手術這麼多次了，這段時間謝謝你們的鼓勵，醫師說進步許多，我相信我會好轉的。」，觀察病患嘴角上揚、神情從容、無皺眉表情。

(三)、組織完整性受損/左下肢反覆傷口感染導致組織損傷有關(7/25-8/25)

主觀資料	7/26「引流都是血水，空脆還那麼深那麼大會好嗎?(臺語)」、「我傷口附近怎麼燒燒腫腫的(臺語)，是不是還在感染？」。
客觀資料	7/25行左小腿筋膜切開術及清創術，傷口為55x11x8公分，每12小時以3塊10x10公分海藻膠敷料填塞，4條引流管留置呈鮮紅色，體溫：38.3°C、抽血WBC：19,000/mm ³ 、HS C.R.P：12.3mg/dl。 7/27傷口細菌培養為鏈球菌。
護理目標	8/11前病患能說出傷口感染症狀及了解檢驗值意義3項。 住院期間病患左腳術後傷口未擴大，傷口組織有再生，四周組織無壞死。
護理措施	提供單位感染評估症狀的衛教單張，當出現發燒、寒顫、血糖控制不佳或傷口出現紅腫熱痛、惡臭等即是感染徵象，以利病患自行評估。 告知病患若身體微燙時，隨即通知護理人員監測體溫，以監控感染情形。 衛教病患家屬當傷口照護後，要保持傷口外觀乾燥，若有惡臭或紗布滲濕情形，應立即更換避免傷口浸潤。 衛教足部照護，剪趾甲時勿剪太裡面而造成鉗趾，若平時有小傷口時，要注意消毒和換藥，傷口若久不癒合，需至醫院求治。 會診高壓氧中心由傷口專員指導換藥方式及敷料介紹，讓病患及家屬對傷口照護了解更加透徹。 教導病患家屬利用床尾乾式洗手液於換藥前後確實洗手，杜絕傷口感染。 每次換藥前先用生理食鹽水濕潤，避免更換敷料時傷害新生的組織，並選擇可持續保濕的敷料，如海藻膠敷料，促進組織再生。 教導病患家屬以無菌技術換藥，每班紀錄傷口大小、滲液量、顏色、異味程度，並觀察潛在的合併症，如監測發炎指數及有無發燒現象。 教導病患家屬適度包紮傷口，勿包紮過緊避免腫脹，影響癒合情況。 聯絡營養師與病患、家屬討論糖尿病飲食及促進傷口癒合之飲食計畫，衛教採少量多餐並增加高蛋白及富含維他命A、C的食物。 7/26依醫囑更改抗生素，給藥後觀察效果及有無過敏、腹瀉等副作用。 依醫囑每天兩次測量血糖，保持血糖的穩定度，以提高傷口的癒合能力。
護理評估	8/10病患表示「我今天量耳溫：37°C，抽血WBC：9,990/mm ³ 、HS CRP：4.5mg/dl，目前沒無感染了，而且，我的傷口分泌物變少了，不紅腫熱痛了，我明天可以出院了吧?」。 8/11傷口感染改善故予以縫合，傷口周圍無壞死。 8/13病患觀察敷料外觀乾淨，並表示「我覺得空脆卡搭鬆(臺語)」。 9/4出院電訪病患表示「兒子每天會幫忙換藥一次，空脆無發紅(臺語)」。

(四)、知識缺失/與正確糖尿病照顧資訊有關(7/15-8/12)

主觀資料	7/15「為什麼要打胰島素？血糖很高嗎？」。 7/16「我膝蓋只是紅過幾天就沒事了！」、「我平時都吃黑藥丸控制血糖及膝蓋疼痛，一直有控制住耶！怎麼這次住院如此嚴重？」。 7/25「護理師！我什麼時候才不會忽冷忽熱？消炎藥打了，還一直在發燒？我想吃左手香(臺語)退燒，很有效說！」。
客觀資料	7/15入急診抽血檢驗值glucose(PC)：726mg/dl。 7/16病患和隔壁床病患家屬聊天時還一直說黑色小藥丸的神奇功效。
護理目標	住院期間病患可說出2項規則控制糖尿病照護之重要性。
護理措施	衛教並教導病患要規則監測血糖值，避免血糖過高引發其合併症，如視網膜病變、心血管病變及末梢神經病變。 指導病患糖尿病照護事項，加強自我照護技能，如糖尿病飲食、藥物、運動、高低血糖處置等疾病認知。 向病患家屬明病是造成此次嚴重感染的導因，提供正確資訊，以降低同樣疾病再入院率。 評估病患對疾病的認知程度，以循序漸進方式進行相關護理指導。 教導病患或家屬如有發現異常狀況或有任何執行上的困難應告知。 轉介糖尿病衛教師鼓勵加入病友支持團體，互相分享糖尿病歷程。 協助會診營養師，提供合適病患的糖尿病飲食之衛教。
護理評估	8/25病患表示「雖然現在血糖維持在210-330mg/dl，但仍是要吃清淡飲食，並規則吃藥，等我腳好，我要去練氣功運動，讓我的血糖更穩定。」。 9/4電訪病患表示「現在每天早晚都會驗飯前血糖，大約在150-200mg/dl，我已經不敢亂吃不明的藥物了！現在加入醫院糖尿病病友支持團體，也定期門診追蹤，我生活多采多姿呢！」。

討論與結果

本文探討一位糖尿病併發壞死性筋膜炎的病患，左腳扭傷導致左膝疼痛，自行服用不明藥物一個月後，造成左膝壞死性筋膜炎。病患對於糖尿病知識缺乏，篤信偏方延誤治癒時機，住院期間共歷經多次手術，致使出現術後及換藥時的傷口疼痛，加上對預後復原的不確定感，因而出現焦慮。故提早建立良好護病關係，提供病患生心理層面的評估及支持，採集中照護，用合宜的肢體語言及適當的撫觸，予心理支持並引導宣洩負面情緒，讓病患參與醫療照護計畫及教導傷口護理，增進其控制感，以舒緩焦慮。因病患已罹患糖尿病十多年，對於疾病照護瞭若指掌，了解規則服藥及飲食控制之重要性，但與病患多次會談衛教中，發現因年紀大及文化差異，面對偏方有著執迷不悟、根深蒂固的既有觀念，自覺只要飲食控制良好，吃黑藥丸更能百毒不侵，因而造成護理衛教指導推動的侷限。但經由安排與糖尿病病友分享，及藉助家屬的支持力量，教育病患自我照顧技能，改善病患不正確的健康行為與既有的認知觀，並透過跨領域團隊合作，用不同領域的照護技巧，協助病患疾病早日康復，順利出院返家。

儘管如此，發現病患雖在照護期間積極配合並遵從醫療處置計畫，但仍擔心病患因年紀大及文化差異，對於疾病認知的偏差行為不易被導正，出院後電訪發現病患有持續規則服藥並按時換藥，但糖尿病屬於長期慢性病，臨床只能用

電話訪談作為追蹤方式，故建議若有個管師介入收案，類似肺結核病患延續追蹤，再持續給予護理衛教建立新的觀念，對於病患而言，才能真正落實持續性及完整性的照護，期盼藉由本篇提供護理人員照護此類病患之參考。

參考資料

- 衛生福利部(2016年，5月2日)·2014年國人死因統計結果·取自http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=4558&doc_no=45347
- 朱正一、曾稼志(2011)·骨科手術病人之健康識能、知覺同理心、術前資訊理解程度與術前焦慮之探討·*醫務管理期刊*，12(3)，177-190。
- 李秀枝、吳聖良(2010)·病人主訴術後疼痛強度與護理人員評估結果差異之比較·*護理雜誌*，57(3)，60-68。
- 徐莞雲、陳筱瑀(2008)·焦慮的概念分析·*志為護理*，7(3)，65-70。
- 徐敏芬、楊秀月、許秀月(2010)·糖尿病人足部傷口照護不同衛教模式之比較·*榮總護理*，27(1)，65-72。doi:10.6142/VGHN.27.1.65
- 黃蕙樺、李玟玲、陳淑玲、于雲榮、陳秀敏(2010)·以目標設定法促進第二型糖尿病個案自我管理成效·*護理暨健康照護研究*，6(2)，107-115。
- 黃展偉、黃國晉、楊偉勛(2010)·美國糖尿病學會臨床治療指引摘要·*家庭醫學與基層醫療*，25(8)，298-304。
- 陳淑華、黃瑞珍、王美文、林梅香、郭繼陽、黃珊(2011)·術前訪視衛教對全膝關節置換術病人焦慮及生理指標之影響·*醫護科技期刊*，13(4)，244-250。doi:10.6563/TJHS.2011.13(4).4
- 劉金珍、林虹良(2012)·感染海洋弧菌的危險因子與相關護理·*高雄護理雜誌*，29(2)，40-48。

Bell, C., & McCarthy, G. (2010). The assessment and treatment of wound pain at dressing change. *British Journal of Nursing*, 19(11), 59-64.

Casey, D. M., Stebbins, K., & Howland, V. (2013). Necrotizing fasciitis: A case report of a premature infant with necrotizing enterocolitis. *Journal of Pediatric Nursing*, 28 (5), 486-491. doi: 10.1016/j.pedn.2012.12.001.

Thayer, J. F., Ahs, F., Fredrikson, M., Sollers III,

J. J., & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747-756. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.11.009

Young, M. H., Aronoff, D. M., & Engleberg, N. C. (2014). Necrotizing fasciitis: pathogenesis and treatment. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 3(2), 279-294. doi:10.1586/14787210.3.2.279



A Nursing Experience of a Diabetes Mellitus Patient Complicated with Necrotizing Fasciitis

Ying-Lan Chang, Chun-Yi Tseng*

ABSTRACT

This article discusses a nursing experience of a diabetes mellitus patient complicated with necrotizing fasciitis. The nursing period lasted from July 15th to August 28th, 2014. With Gordon's 11 functional health patterns as an assessment framework data were collected by direct nursing. The patient was identified with acute pain, anxiety, impaired tissue integrity, and knowledge deficit. Through early nursing interventions, a nursing-patient rapport was established, professional health care provided, and distraction and music therapy employed to alleviate pain. However, the patient's fear of repeated surgery as the complication worsened caused anxiety imbalance. With interdisciplinary cooperation, the patient was taught self-care skills, and to relief anxiety by facing the threat of the disease, which then enhances the quality of sleep. We hope that by sharing this nursing experience to consolidate the importance of nursing health education. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:4, 108-118)

Keywords: diabetes mellitus, necrotizing fasciitis, nursing experience

RN, Infection Ward, Chung Shan Medical University Hospital; Head Nurse, Infection Ward, Chung Shan Medical University Hospital*

Accepted: December 21, 2016

Address correspondence to: Chun-Yi Tseng No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd., Taichung 40201, Taiwan

Tel: 886-4-2473-9595 #38908 ; E-mail: cshp033@csh.org.tw